

► Síntese setorial OIT

11 abril 2020

A COVID-19 e o setor da saúde

O surto da doença do novo coronavírus (COVID-19) põe em evidência a resiliência dos sistemas de saúde e da preparação e resposta a emergências dos países. A rápida expansão da COVID-19 enfatiza a necessidade urgente de uma forte força de trabalho como uma parte integral de todos os sistemas de saúde resilientes.¹

Os/As profissionais de saúde² são a espinha dorsal do sistema de saúde. Devido à natureza da sua profissão, milhões arriscam a sua própria saúde ao realizar o seu trabalho diário. Então, quem protege este grupo profissional, tão essencial para travar a luta contra a pandemia da COVID-19? O respeito pelos direitos laborais e condições de trabalho dignas é vital para conferir a estes trabalhadores e trabalhadoras da linha da frente a proteção de que necessitam para travar a longa luta que têm por diante para salvar vidas.

Com esta síntese, pretende-se proporcionar informação sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde dos trabalhadores e trabalhadoras e nos sistemas de saúde, assim como sobre as medidas de resposta rápida que foram adotadas. Uma vez que a situação está a evoluir de forma muito rápida, a síntese proporciona uma visão geral preliminar, que será atualizada e complementada nas próximas semanas.



© Pjeganathan

Tamil Nadu, Índia: recolha de dados sobre o estado de saúde das pessoas durante o confinamento devido ao coronavírus.

1 Li L et al.: “COVID-19: the need for continuous medical education and training”, in *The Lancet* (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

2 Neste texto, o termo “profissionais de saúde” refere-se a: a) pessoal com formação em profissões relacionadas com a saúde que realiza trabalho clínico em unidades de saúde; b) todo o pessoal empregado no setor da saúde, público e privado, independentemente da sua profissão; e c) todos cujo trabalho apoia a realização de serviços de saúde, mesmo que trabalhem noutros setores ou indústria, tais como os prestadores de serviços subcontratados: pessoal de limpeza, catering, segurança ou contratados. Ver OIT: *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services* (Genebra, 2017).

► 1. O impacto da COVID-19

A 10 de abril de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) comunicou a existência de mais de 1,4 milhões de casos de COVID-19 confirmados e mais de 87 000 mortes, a afetar mais de 200 países, áreas e territórios.³

Tinham sido reportados pela OMS 22 073 casos de COVID-19 em profissionais de saúde de 52 países em 8 de abril de 2020. A OMS declara, contudo, que este número não dá verdadeiramente uma ideia exata das infeções nos/as profissionais de saúde em todo o mundo, devido à ausência de uma comunicação de informações sistemática.⁴ A infeção entre este grupo tem sido generalizada desde o aparecimento da doença. Em fevereiro de 2020, um estudo realizado na China observou 3019 casos de COVID-19 entre profissionais de saúde, dos quais 1716 eram casos confirmados (3,8 por cento de todos os casos confirmados, 63 por cento dos quais em Wuhan). Dos casos identificados neste grupo, 14,8 por cento foram classificados como graves ou críticos, tendo sido comunicadas cinco mortes.⁵ Em Itália, a 9 de abril de 2020, foram confirmados 14 066 casos de COVID-19 em profissionais de saúde, representando uma taxa de infeção de mais de 10 por cento.⁶ A Irlanda comunicou que 1 em cada 5 casos de COVID-19 é um/a profissional de saúde.⁷ O Togo comunicou cinco profissionais de saúde infetados, o que representa uma taxa de infeção de 8,6 por cento.⁸

Porém, não estão a ser recolhidos sistematicamente dados sólidos sobre o número de profissionais de saúde infetados, uma vez que muitos países não possuem mecanismos de comunicação estabelecidos. Adicionalmente, muitos relatórios não distinguem se a infeção se deve à exposição geral e profissional, incluindo todas as fontes de infeção.

Aspetos da segurança e saúde no trabalho

Cada profissional de saúde infetado significa mais uma lacuna na luta contra a pandemia. Assegurar a sua segurança e saúde é, conseqüentemente, uma questão da máxima prioridade. O local de trabalho dos/as profissionais de saúde é particularmente vulnerável ao risco de exposição à COVID-19. De acordo com os conhecimentos atuais, as duas principais vias de transmissão são a interação direta com pacientes e o contacto com gotículas respiratórias no espaço que circunda uma pessoa infetada. Até à data, o tempo de sobrevivência do vírus nas superfícies mantém-se desconhecido.⁹ Este facto aumenta ainda mais o risco de transmissão por contacto do pessoal de apoio, como o que trabalha nas lavandarias, nos serviços de limpeza e resíduos hospitalares.

A proteção dos/as profissionais de saúde foca-se na prevenção da contração e propagação da COVID-19. A divulgação transparente e atempada de informações sobre a transmissão da doença é fundamental a este respeito. A disponibilização de equipamento de proteção individual (EPI), assim como de formação e informação sobre a sua correta utilização, é também essencial. As medidas específicas de controlo da infeção, como os alertas visuais, a etiqueta respiratória, o uso de máscaras, o isolamento de pessoas com sintomas e as precauções com as gotículas podem ajudar a evitar a infeção profissional entre os profissionais de saúde e os pacientes em locais de prestação de cuidados de saúde.¹⁰

3 [Coronavirus \(Covid-19\)](#), OMS [acedido em 10 de abril de 2020].

4 OMS: [Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) Situation Report – 82](#), Genebra, 11 de abril de 2020.

5 Z. Wu e J.M. McGoogan: [Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) outbreak in China - Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention](#), JAMA Network (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

6 Epicentro. [Daily infographic](#) [acedido em 10 de abril de 2020]. Com base no grupo profissional, não no local de exposição.

7 [Statement from the National Public Health Emergency Team - Wednesday 18 March](#), Governo da Irlanda, [acedido em 9 de abril de 2020].

8 Apresentação do Diretor de Saúde Ocupacional, Ministério da Saúde, Togo, no [webinar EPIWIN](#) da OMS sobre os programas de saúde ocupacional nacionais para os profissionais de saúde, 7 de abril de 2020.

9 [COVID-19 transmission questions](#), OMS [acedido em 9 de abril de 2020].

10 OIT e OMS: [Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders](#) (Genebra, 2018) [acedido em 9 de abril de 2020].

Num estudo recentemente publicado pela *National Nurses United* nos Estados Unidos da América, apenas 30 por cento das pessoas inquiridas mencionaram que os seus empregadores tinham equipamentos de proteção individual (EPI) suficientes para proteger o pessoal no caso de um rápido surgimento de potenciais pacientes de COVID-19. Só 65 por cento mencionaram ter recebido formação sobre como colocar e retirar o EPI no ano anterior.¹¹ Além disso, as observações dos Estados Unidos da América mostram que as orientações sobre quando e onde utilizar máscaras não estão convenientemente desenvolvidas. Enquanto em alguns locais os profissionais de saúde que usavam máscara de proteção enfrentaram consequências disciplinares por causarem ansiedade nos pacientes,¹² noutros, os profissionais de saúde receberam ameaças de despedimento quando falavam sobre a falta de EPI e das suas condições de trabalho durante a pandemia.¹³

O *International Council of Nurses* e a Associação Italiana de Enfermeiros emitiu um alerta sobre as graves consequências da falta de EPI para profissionais de saúde. A falta de disponibilidade de EPI ou o fornecimento inadequado de EPI faz com que os/as profissionais de saúde que tratam pacientes com COVID-19 corram um elevado risco de infeção.¹⁴ As elevadas taxas de profissionais de saúde infetados/as resultam em mais constrangimentos para o sistema de saúde e uma maior carga de trabalho para os/as colegas que cobrem quem necessita de ficar em quarentena durante pelo menos 14 dias.

A utilização de EPI, tais como máscaras e proteção para os olhos, para a totalidade do turno pode causar desconforto devido ao calor, irritação na pele ou dificuldades em respirar. Os dados preliminares de Wuhan, China, durante o surto de COVID-19 sugerem uma elevada prevalência (até 97 por cento)¹⁵ de irritação cutânea e danos na pele associados ao uso de EPI, que aumentou com a duração da utilização de EPI.¹⁶

Um estudo realizado no Hospital *Zhongnan* da Universidade de Wuhan sugere que os horários de trabalho prolongados e a insuficiente higiene das mãos

aumenta igualmente o risco de contrair COVID-19 entre os/as profissionais de saúde.¹⁷

Isto sublinha a necessidade de uma abordagem sustentável à segurança e saúde no trabalho como uma parte integral da gestão geral do setor da saúde. Diversos instrumentos da OIT definem orientações detalhadas sobre como proteger os/as profissionais de saúde (ver Secção 3).

O acesso atempado a informações e o diálogo transparente entre profissionais de saúde e entidades empregadoras é também essencial. Devem partilhar as informações mais recentes sobre os protocolos clínicos, diretrizes, medidas e decisões para assegurar a implementação eficaz, assim como sobre as situações no local de trabalho que expõem a riscos.

Saúde mental e apoio psicossocial

A pandemia de COVID-19 está a colocar os/as profissionais de saúde em situações excepcionalmente exigentes. Para além de uma pesada carga de trabalho, estão a lidar com o medo de contrair a doença e de a propagar às suas famílias e pessoas amigas. E mais, o ambiente generalizado de ansiedade entre a população está a ter impacto nos/as profissionais de saúde e na sua saúde mental.

Um inquérito sobre saúde mental realizado a 230 elementos do pessoal médico num hospital terciário de doenças infecciosas para a COVID-19 na China revelou uma taxa de incidência de ansiedade de 23 por cento e de 27 por cento de *stress* entre quem está a dar resposta ao surto de COVID-19. A taxa de incidência de ansiedade entre o pessoal de enfermagem é superior à do pessoal médico.¹⁸

Os membros de gestão e profissionais de saúde dos hospitais com sobrecarga extrema estão a solicitar apoio psicológico para ajudar o pessoal a lidar com os horários de trabalho excessivos, uma elevada intensidade de trabalho e uma experiência sem precedentes no que se refere às taxas de mortalidade.¹⁹

11 [Survey of Nation's Frontline Registered Nurses Shows Hospitals Unprepared For COVID-19](#), National Nurses United, [acedido em 9 de abril de 2020].

12 [Why Would Hospitals Forbid Physicians and Nurses from Wearing Masks?](#), Scientific American [acedido em 9 de abril de 2020].

13 [Hospitals Tell Doctors They'll Be Fired If They Speak Out About Lack of Gear](#), Bloomberg [acedido em 9 de abril de 2020].

14 [High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority](#), International Council of Nurses [acedido em 9 de abril de 2020].

15 J. Lan et al.: "Skin damage among healthcare workers managing coronavirus disease - 2019", *Journal of the American Academy of Dermatology* (2020), [acedido em 9 de abril de 2020].

16 J. Kantor: "Pre-proof behavioral considerations and impact on personal protective equipment (PPE) use: Early lessons from the coronavirus (COVID-19) outbreak", *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

17 R. Li et al.: "Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China", *Infectious Diseases Society of America*, (2020), [acedido em 9 de abril de 2020].

18 J. Z. Huang et al.: [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19](#), (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

19 [Corona-Pandemie: Wie lange muss sich die Schweiz abschnitten?](#), in *SRF*, 23 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

Com muitos países a fecharem as escolas e a vida pública, os/as profissionais de saúde, muitos dos quais são mulheres, confrontam-se com exigências profissionais muito elevadas, necessitando também de organizar a sua vida familiar e os cuidados das pessoas a seu cargo, particularmente se tiverem crianças ou membros da família doentes ou com incapacidade.

Para além disso, os/as profissionais de saúde das áreas que registam elevados números de casos de COVID-19 enfrentam tensões entre as prioridades da saúde pública e os desejos dos seus pacientes e respetivas famílias no que respeita ao tratamento.²⁰ As consequências de lidar com decisões difíceis podem ir desde a ansiedade até transtornos de *stress* pós-traumático.²¹

As lições retiradas de outros surtos, como a epidemia da doença pelo vírus do Ébola na África Ocidental em 2014, mostraram que os/as profissionais de saúde podem viver situações de violência, discriminação e estigma na sociedade e nas suas comunidades, devido ao medo de contrair a doença.²²

Em alguns países, este grupo e outros de serviços públicos estão a considerar alterar o alojamento durante o surto, tal como em quartos de hotel de baixo custo, para proteger as suas famílias da exposição à COVID-19.²³

A prestação de apoio às equipas de cuidados de saúde e entre famílias e pessoas amigas, as informações e as diretrizes para profissionais de saúde sobre como lidar com o *stress*, assim como o aconselhamento sobre o *stress* pós-traumático, devem ser uma parte integral da resposta à COVID-19. As [Guidelines on decent work in public emergency services](#) estabelecem as medidas para prevenir e abordar os fatores de *stress* e as suas consequências.

Horas de trabalho

Em resposta ao surto da COVID-19, um grande número de profissionais de saúde estão a enfrentar cargas de trabalho adicionais pesadas, horários de trabalho prolongados e falta de períodos de descanso. Em muitos países, a luta com um número crescente de casos que exigem hospitalização²⁴ está a resultar num uso intensivo de horas extraordinárias. Em alguns países, foram impostas restrições às férias dos/as profissionais de saúde para assegurar a presença de equipas suficientes em todas as alturas para dar resposta ao surto da COVID-19.

Os acordos em termos de horário de trabalho ajudam a equilibrar o seu bem-estar com as exigências dos serviços de saúde. Em situações de emergência, contudo, é-lhes exigido que trabalhem em condições irregulares e, por vezes, atípicas. As [Guidelines on decent work in public emergency services](#) (2018) estabelecem os princípios para definir os acordos em matéria de tempo de trabalho durante a emergência.

A [Convenção \(N.º 149\) relativa ao Pessoal de Enfermagem, 1977 da OIT](#) e a respetiva [Recomendação \(N.º 157\)](#) estabelecem normas para os acordos em matéria de duração do trabalho, particularmente para o pessoal de enfermagem.²⁵ A Convenção apela para que o pessoal de enfermagem goze de condições pelo menos equivalentes às de outras categorias profissionais do país em questão. As condições particularmente pertinentes para a pandemia incluem: horas de trabalho, incluindo a regulação e a compensação do trabalho extra, horas inconvenientes e trabalho por turnos; descanso semanal; licença de maternidade; baixa; e segurança social. A Recomendação estabelece que as exceções temporárias às disposições sobre a duração normal do trabalho devam ser autorizadas apenas em caso de emergências especiais. Adicionalmente, o anexo da Recomendação adverte que “as horas extra devem ser trabalhadas numa base voluntária, exceto quando são essenciais para os cuidados a pacientes e não há pessoas voluntárias suficientes disponíveis”.

Proteger o voluntariado e as contratações de curto prazo

Para garantir a disponibilidade de profissionais de saúde suficientes para responder ao surto de COVID-19, vários países procuraram a ajuda profissional a nível do voluntariado, de outros setores como o militar, médicos/as e estudantes de medicina e de enfermagem. Os Serviços de Saúde da Irlanda (HSE), por exemplo, lançaram um apelo para que a totalidade de profissionais de cuidados de saúde de todos os domínios que não se encontram atualmente a trabalhar no setor público para se registarem e permanecerem de prevenção para a Irlanda.²⁶ Seguindo este exemplo, os/as profissionais de saúde do Quênia recorreram às redes sociais para partilhar o “On call for Kenya” (em prevenção pelo Quênia), um apelo para unir esforços contra a COVID-19.²⁷ Na Alemanha, há um apelo para acelerar as licenças de trabalho de profissionais de saúde estrangeiros que já se encontram na Alemanha

20 J. Cabrita: “COVID-19 intensifies emotional demands on healthcare workers” (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

21 PTSD: [National Center for PTSD](#), U.S. Department of Veterans Affairs, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

22 [Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak](#), OMS, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

23 Zielinski S.: [Essential services workers consider alternate accommodations to protect their families](#), in *Red Deer Advocate*, 31 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

24 [Public Services International: “French health workers face rapid escalation of cases”](#) (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

25 OIT: [Policy Brief Health Services Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care \(2018\)](#), Genebra, 2018.

26 [Be on call for Ireland](#), Governo da Irlanda, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

27 [COVID-19 response](#) [acedido em 9 de abril de 2020].

e que aguardam o certificado de registo.²⁸ As escolas de medicina do Reino Unido foram instadas a acelerar os cursos de estudantes de medicina e de enfermagem no último ano e a dispensar os requisitos de exames clínicos para assegurar que os médicos são registados o mais rapidamente possível.²⁹ ³⁰ O Reino Unido está também a chamar pessoal médico reformado para regressarem ao Serviço Nacional de Saúde (NHS).³¹ Muitos outros países, incluindo o Quênia³² e a África do Sul³³ estão a seguir esta via para lançar campanhas de recrutamento de mais profissionais de saúde.

Com o desemprego crescente que se verifica em muitos países e a distribuição desigual de profissionais de saúde, a ideia de formar residentes locais para se tornarem profissionais de saúde da comunidade para ajudar a responder à pandemia está a tornar-se atrativa.³⁴ A formação de profissionais de saúde baseados na comunidade para assegurar cuidados já é há muito praticada em países com escassez de mão-de-obra no âmbito da saúde. Durante os recentes surtos, como a epidemia da doença pelo vírus do Ébola na República Democrática do Congo e na África Ocidental, os países afetados formaram milhares de profissionais de saúde comunitários como parte de equipas interdisciplinares para ajudar a prevenir, detetar e responder ao surto do Ébola nas comunidades afetadas e em risco.³⁵ Esta estratégia para a implementação de medidas de prevenção e controlo está a tornar-se um meio para os países fortalecerem a sua resposta à COVID-19.

Não obstante estas medidas pareçam incentivar a garantia dos cuidados necessários, exigem uma cuidadosa implementação para assegurar que estas pessoas usufruem da mesma proteção que as outras categorias profissionais. Os sistemas de saúde sustentáveis dependem de um planeamento prospetivo da mão-de-obra em matéria de saúde. O recrutamento *ad hoc* deve tomar em consideração as questões logísticas, éticas e financeiras.

Assim como a segurança e saúde no trabalho, é necessário abordar outros termos e condições de emprego, incluindo a proteção social, remuneração, períodos de descanso e acordos de horário de trabalho. Os governos devem consultar os parceiros sociais para monitorizar e regular estes recrutamentos *ad hoc* durante a crise, conforme apropriado. As pessoas contratadas sem experiência e as mais velhas que se encontravam em situação de reforma são particularmente vulneráveis à infeção. Por conseguinte, a proteção adequada é essencial.

Os governos devem também assegurar uma supervisão e gestão adequadas dos/as profissionais de saúde e das novas contratações para garantir que recebem formação (inicial e de atualização) no que respeita às competências necessárias para responder à pandemia.

O exemplo da Irlanda na Caixa 1 apresenta uma abordagem abrangente ao recrutamento *ad hoc* com aspetos do trabalho digno.

28 [Ausländische Pflegekräfte schnell zulassen](#), Governo Federal da Alemanha, 18 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

29 G. Iacobucci: [“Covid-19: medical schools are urged to fast-track final year students”](#), BMJ (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

30 E. Mahase [“Covid-19 medical students to be employed by NHS as part of epidemic response”](#), BMJ (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

31 C. Dyer: [“Covid-19: 15 000 deregistered doctors are told “your NHS needs you”](#), BMJ (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

32 E. Kivuva: [“Covid-19: Kenya begins hiring of 6,000 more health workers”](#), in *Business Daily*, 2 de abril de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

33 Citizen reporter: [“Health department embarks on massive recruitment drive”](#), in the Citizen COVID-19, 28 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

34 R. Panjabi: [“The job description for a COVID-19 community health worker - and how this could fight US unemployment”](#), in *WEF*, 31 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

35 S. O. Wiah et al.: [Prevent, Detect, Respond: Rapidly expanding healthcare teams through community health workers in the fight against COVID-19](#). *BMJ Opinion* (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

Caixa 1. Recrutamento *ad hoc* para fazer face às necessidades de mão-de-obra em saúde: “Be on call for Ireland”¹

Ao preparar o sistema de saúde para responder à COVID-19, o Serviço de Saúde da Irlanda (HSE) lançou um apelo à totalidade de profissionais de cuidados de saúde de todos os domínios que não se encontram atualmente a trabalhar no setor público para se registarem e estarem de prevenção para a Irlanda no caso de o sistema de saúde necessitar de ajuda adicional. Este apelo também inclui o recurso a voluntariado e outras pessoas com competências que possam ser necessárias durante a pandemia.

O HSE publicou uma página *online* de Perguntas Frequentes, que proporciona informações transparentes sobre o processo, papéis e responsabilidades, assim como as condições de trabalho durante o apelo. Os tópicos abrangidos são:

- Acerca do processo de registo
- Preencher o formulário *online*
- As funções
- Quando e como a pessoa será contactada
- Horas de trabalho
- Férias anuais remuneradas
- Salário
- Pessoal que está reformado
- Trabalhador/a de agência
- Profissionais qualificados/as sem registo na autoridade irlandesa competente
- Trabalhar como estudante universitário
- Trabalhar fora da área da saúde
- Tipo de contrato de trabalho
- Voluntariado
- Acerca dos empregos do HSE
- O processo de seleção
- Creches/ cuidados a crianças
- Pagamentos da segurança social
- Acerca da COVID-19

1 [Be on call for Ireland](#), Governo da Irlanda, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

Dimensão de género

As mulheres enfrentam desafios específicos durante esta pandemia. A nível mundial, representam mais de 70 por cento da mão-de-obra na saúde.³⁶ Também carregam o fardo do trabalho de cuidados não remunerado, como os cuidados a crianças ou membros da família idosos.³⁷ Estima-se que enquanto a contribuição das mulheres para os cuidados de saúde representa cerca de 5 por cento do PIB mundial, quase metade da sua contribuição é, de facto, não remunerada e não reconhecida.

As mulheres nos setores da saúde e ação social tendem a assumir empregos pouco qualificados, com uma remuneração mais baixa e no extremo inferior das hierarquias profissionais, contribuindo para um diferencial salarial em média de 26 por cento nos países de elevado rendimento e 29 por cento nos países de elevados e médios rendimentos.³⁸

Durante esta pandemia, as mulheres são particularmente confrontadas com o desafio de conciliar uma maior carga de trabalho, a ansiedade de propagar o vírus à sua família e a gestão das suas responsabilidades de cuidadoras em casa. Algumas unidades de saúde estão a disponibilizar cuidados a crianças gratuitos a profissionais de saúde para reduzir essa carga. Os governos devem assegurar que são tomadas medidas para apoiar os/as profissionais de saúde, particularmente quem tem responsabilidades adicionais com os cuidados a prestar em casa.

Os surtos anteriores mostraram a importância de integrar a análise de género na preparação e resposta a emergências na saúde pública, visto que as mulheres representam um papel predominante como cuidadoras informais e profissionais de saúde na linha da frente.³⁹ As exigências prementes aos trabalhadores e trabalhadoras com responsabilidades familiares, a maioria mulheres, sublinha a forte necessidade de acordos de horários de trabalho flexíveis, previsíveis e sensíveis ao género, que permitem e incentivam os homens e as mulheres a conciliar melhor as suas profissões e as responsabilidades familiares. O anexo à Recomendação (N.º157) relativa ao Pessoal de Enfermagem, 1977 proporciona orientação neste contexto, afirmando que: “na organização dos horários de trabalho, devem ser feitos todos os esforços, sujeitos aos requisitos do serviço, para distribuir o trabalho

36 OIT: [ILO Monitor, 2nd edition: COVID and the world of work](#). Genebra: OIT, 7 de abril de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

37 OIT: [A quantum leap for gender equality: for a better future of work for all](#), Genebra, 2019.

38 OIT: *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services* (Genebra, 2017).

39 C. Wenham, J. Smith e R. Morgan: “COVID-19: the gendered impacts of the outbreak”, *The Lancet*, (14 de março de 2020, Vol. 395) [acedido em 9 de abril de 2020].

por turnos, as horas extraordinárias e o trabalho a horas inconvenientes de uma maneira equitativa entre o pessoal de enfermagem e, particularmente, entre o pessoal permanente e temporário e a trabalhar a tempo completo ou a tempo parcial, e levar em conta, tanto quanto possível, as preferências individuais e as considerações especiais no que respeita a questões como o clima, o transporte e as responsabilidades familiares”.

As restrições nas deslocações e a ansiedade relativamente à infeção colocam obstáculos adicionais à prestação de cuidados domiciliários a doentes e pessoas idosas. Este tipo de cuidados é predominantemente prestado por mulheres, que representam 88 por cento do pessoal de serviços de assistência pessoal.⁴⁰ Na Alemanha, por exemplo, há uma forte dependência de pessoas cuidadoras migrantes para a prestação de cuidados domiciliários. O atual surto de COVID-19 está a reduzir significativamente o número de pessoas cuidadoras dos países da Europa de Leste que se deslocam para a Alemanha para prestar assistência. A associação alemã para os cuidados domiciliários e de enfermagem espera que a partir de meados do mês de abril, entre 100 000 a 200 000 pessoas deixarão de receber cuidados domiciliários. A associação está a apelar a estímulos para incentivar o pessoal de cuidados domiciliários a permanecer na Alemanha, seguindo o exemplo da Áustria, onde foi oferecido um prémio de 500 euros por mês para manter as pessoas cuidadoras migrantes.^{41 42}

Diálogo social em tempos de crise

A Recomendação (N.º205) sobre o Emprego e Trabalho Digno para a Paz e a Resiliência, 2017 sublinha a importância do diálogo social e o papel vital das organizações de trabalhadores e de empregadores na resposta à crise.

A voz e a participação são fundamentais para permitir que quem trabalha na saúde, as entidades empregadoras e outras partes interessadas no sistema de saúde desempenhem um papel ativo na resposta ao surto da COVID-19. A liberdade de exprimir preocupações, por exemplo, sobre as questões de segurança e saúde no trabalho ou a recusa de trabalho

que o pessoal da saúde acreditam poder por em perigo a sua saúde ou a saúde dos outros, assim como o direito de organizar e participar livremente em diálogo, são princípios importantes que devem ser defendidos, mesmo em situações de emergência, como a pandemia da COVID-19.

Em todo o mundo, muitos sindicatos estão a envolver-se ativamente na resposta à COVID-19, proporcionando orientações e atualizações periódicas aos seus membros, encetando o diálogo com as organizações de empregadores e governos e mobilizando membros para ajudarem ativamente durante o surto.

A Internacional de Serviços Públicos (ISP) emitiu uma nota informativa sobre a ação dos sindicatos durante o surto da COVID-19, proporcionando orientações sobre aspetos fundamentais relevantes para os trabalhadores e trabalhadoras.⁴³ Adicionalmente, a ISP lançou a campanha *Public Health, Once and for All*, que põe em evidência as medidas fundamentais para dar resposta ao surto de COVID-19, defendendo simultaneamente alterações nos sistemas de saúde para por as pessoas em primeiro lugar e sublinhando a importância dos sistemas de saúde públicos adequadamente financiados, com o pessoal e o equipamento necessários para dar resposta aos desafios futuros em matéria de saúde pública.⁴⁴

A *Michigan Nurses Association* apresentou uma queixa contra uma unidade de serviços de saúde por não permitir que o pessoal de enfermagem usasse as suas próprias máscaras de proteção. Isto mostra o importante papel que os sindicatos e as associações podem desempenhar no que respeita às preocupações dos/as profissionais de saúde.⁴⁵

Na Argentina, um acordo entre a federação de associações de profissionais de saúde e o Governo concede a garantia de que todos os trabalhadores de cuidados de saúde continuarão a auferir a totalidade dos salários enquanto estiverem de quarentena e que serão elegíveis para usufruir de transporte gratuito durante a pandemia, subsidiado pelo Governo.⁴⁶

Em Itália, o Governo e os parceiros sociais celebraram um novo acordo coletivo sobre segurança e saúde no trabalho para profissionais de saúde.⁴⁷

40 ILOSTAT: “[These occupations are dominated by women](#)”, (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

41 [Versorgungsnotstand wegen Corona?](#), Governo Federal da Alemanha, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

42 [Pressemitteilung](#), Berlin, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

43 *Public Services International*: “[Coronavirus: Guidance Briefing for Union Action - Update](#)”, (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

44 *Public Services International*: “[Public Health, Once and for All! - concept note](#)” (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

45 C. Rainey: “[Michigan Nurses Association files complaint against Mercy Health Partners Hackley campus](#)”, in *Newschannel 3*, 23 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

46 [Argentina battles Covid-19 with trade union support](#), Uni Global Union, 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

47 [Protocollo per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori della Sanità, dei Servizi Socio Sanitari e Socio Assistenziali in ordine all'emergenza sanitaria da "Covid-19"](#) [acedido em 9 de abril de 2020].

O diálogo social é importante não só para assegurar a preparação para emergências, mas também para melhorar a resposta e a coordenação durante as situações de emergência. Isto é vital para as trocas de informação e para a abordagem oportuna de questões como a segurança e saúde no trabalho e o aumento da carga de trabalho, assim como da responsabilidade.⁴⁸

Caixa 2. República da Coreia: O acordo tripartido da comissão do setor dos cuidados de saúde sobre as medidas de combate à COVID-19 ¹

Na República da Coreia, os membros tripartidos da comissão do setor dos cuidados de saúde, ao abrigo do Conselho Económico, Social e do Trabalho, chegaram a acordo no que respeita à superação da crise causada pela propagação da COVID-19 e a proteção do pessoal que presta cuidados de saúde no terreno. Os pontos fundamentais do acordo incluem:

- i. criar um ambiente de trabalho que possa assegurar a segurança dos serviços de cuidados de saúde;
- ii. melhorar a segurança no emprego e o tratamento do pessoal que presta de cuidados de saúde;
- iii. fazer face à escassez de fornecimentos médicos e construir um sistema de cuidados de saúde sustentável; e
- iv. melhorar as capacidades dos cuidados de saúde públicos e a colaboração com o setor privado de cuidados de saúde.

¹ *Economic, Social and Labour Council: Healthcare Sector Committee Agreed on COVID-19 Countermeasures, ESLC Newsletter, 26 de março de 2020.*

► 2. Resposta dos constituintes e dos parceiros

A capacidade de os sistemas de saúde se reorganizarem rapidamente para responder à crise através da mobilização de profissionais de saúde, assegurando simultaneamente a prestação dos serviços essenciais em curso durante todo o ciclo de tratamento é igualmente fundamental e desafiadora. As principais estratégias incluem garantir a segurança e saúde no trabalho, condições de trabalho dignas, apoio psicossocial para profissionais de saúde e proporcionar mecanismos de formação e educação para reajustar rapidamente os profissionais de saúde e os novos contratados aos requisitos em matéria do sistema de saúde. A preparação para as emergências também inclui a otimização de plataformas de prestação de serviços, tal como através de tele-medicina.⁴⁹

Os avanços tecnológicos, tais como as aplicações de saúde *online* e móveis, a impressão 3D e a inteligência artificial, podem melhorar a prestação de serviços de saúde e as formas de trabalhar durante e para além da pandemia.⁵⁰ Alguns países introduziram a utilização de dados de localização nos telemóveis para acompanhar a propagação da COVID-19 a nível nacional.⁵¹ Nos Países Baixos, estudantes de medicina estão a trabalhar em *call centers* a que os pacientes com sintomas graves podem recorrer para serem orientados quanto aos cuidados de que necessitam. A introdução e intensificação de tecnologias digitais para informar, formar e orientar os profissionais de saúde, particularmente em localizações pobres e remotas, pode melhorar a transparência, a prestação dos serviços e a gestão durante a pandemia.

Emprego no setor da saúde e escassez de mão-de-obra

O setor da saúde é uma importante fonte de emprego; na maioria das regiões, as taxas de crescimento do emprego na saúde têm sido mais elevadas do que

noutros setores. A saúde e a ação social representam em conjunto mais de 105 milhões de empregos em todo o mundo, 130 milhões de empregos em 2018 e aproximadamente 136 milhões de empregos em 2020.⁵² Além disso, os sistemas de saúde têm o potencial de gerar mais empregos dignos para estimular o crescimento noutros setores, tais como equipamentos e produção tecnológica.⁵³ Nos Estados Unidos da América, por exemplo, o setor da saúde contribuiu para a superação da crise financeira de 2007-2008. Entre 2006 e 2016, o crescimento do emprego no domínio dos cuidados de saúde foi de 20 por cento, comparado com os 3 por cento na restante economia.⁵⁴ Prevê-se que esta tendência de crescimento do emprego se mantenha; 18 das 30 profissões que registam um maior crescimento são na área da saúde e profissões relacionadas, adicionando 3,4 milhões de empregos previstos até 2028.⁵⁵

A Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego na Saúde e Crescimento Económico reconheceu o setor da saúde como um setor económico fundamental e que os investimentos na força de trabalho de saúde são necessários para fazer progressos no sentido de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.⁵⁶ Os dados mostram, contudo, que a maioria dos sistemas de saúde estão a enfrentar desafios no recrutamento, mobilização e retenção de um número suficiente de profissionais de saúde qualificados, apoiados e motivados. De uma forma geral, estima-se que se verificará uma escassez a nível mundial de 18 milhões de profissionais de saúde em 2030, que irá sobretudo afetar os países de rendimento baixo e médio baixo. A distribuição desigual de profissionais de saúde entre e dentro dos países constitui uma barreira à equidade no domínio da saúde. As disparidades na força de trabalho da saúde afetam sobretudo as populações mais pobres, particularmente nas zonas rurais. Em 2014, estimava-se que a percentagem da população sem acesso a serviços de saúde devido à escassez de

49 Escritório Regional da OIT para a Europa: *Strengthening the Health Systems Response to COVID-19 Technical guidance #1*, (Copenhaga, 2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

50 OIT: *The future of work in the health sector. Working Paper No. 325* Genebra, 2019.

51 A. Hutchinson: "More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns", in *Social Media Today*, 24 de março de 2020 [acedido em 10 de abril de 2020].

52 Fontes: OIT, base de dados WESO 2015; Cálculos da OIT de 2018 baseados em microdados de inquéritos sobre a mão-de-obra e agregados familiares; Cálculos do ILOSTAT 2020 (Genebra, a publicar).

53 OIT: *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services* (Genebra, 2017).

54 E. Salsberg e R. Martiniano: "Health Care Jobs Projected To Continue To Grow Far Faster Than Jobs In The General Economy", in *Health Affairs*, 9 de maio de 2018

55 U.S. Bureau of Labour Statistics. *Employment projections 2018-2028. Economic news release*, 9 de setembro de 2019 [acedido em 9 de abril de 2020].

56 OMS: *Working for health and growth: Investing in the health workforce, Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth* (Genebra, 2016).

mão de obra era de 84 por cento nos países de baixo rendimento e de 55 e 23 por cento em países de baixo e médio rendimento e países de médio alto rendimento, respetivamente. Em alguns países africanos e asiáticos, mais de 90 por cento da população não tinha acesso a cuidados de saúde devido à escassez extrema de mão-de-obra no setor da saúde (menos de três profissionais de saúde por 10 000 habitantes).^{57 58}

O relatório sobre a situação da enfermagem no mundo de 2020, recentemente publicado, enfatiza a necessidade de criar pelo menos 6 milhões de empregos de enfermagem até 2030 para fazer face à escassez estimada de profissionais de enfermagem nos países de baixo e médio rendimento e a necessidade de uma distribuição mais igualitária de profissionais de enfermagem em todo o mundo.⁵⁹

Um equilíbrio entre o setor público e privado da saúde

Enquanto em muitos países o setor privado está a desempenhar um papel cada vez maior na prestação de serviços de saúde, o papel de liderança do setor de saúde pública, que assegura igual acesso aos cuidados de saúde como um direito humano, é particularmente proeminente em tempos de crise. Ao longo dos anos, a mercantilização crescente de serviços de saúde causou preocupações a várias partes interessadas. As conclusões da reunião conjunta de 1998 sobre as reformas dos termos de emprego e das condições de trabalho no setor da saúde preveem que: "... os cuidados de saúde para todas as pessoas devem ser do interesse público. Isto não significa necessariamente que os cuidados de saúde devem ser organizados e implementados por serviços públicos, pois podem também ser prestados numa base privada. Os cuidados de saúde não são uma mercadoria e, por isso, não são um bem negociável".⁶⁰

À luz do atual surto de COVID-19, alguns países, incluindo a Irlanda e Espanha, estão agora a potenciar o papel dos hospitais privados ao integrá-los

temporariamente no sistema público durante o surto. De acordo com funcionários públicos irlandeses, isto irá garantir um sistema de saúde coordenado, com cerca de 2000 camas adicionais, além de recursos para testes e tratamento, o que dará um impulso substancial e muito necessário à capacidade de o sistema público de saúde responder à crise.^{61 62}

O setor privado pode, igualmente, desempenhar um papel na contribuição para a luta contra a pandemia do COVID-19 para lá do setor da saúde. Em alguns países, algumas empresas particulares tomaram iniciativas para mudarem temporariamente o modelo de negócios durante a crise, ajudando a garantir a produção de equipamentos médicos, como EPI ou etanol para produtos desinfetantes.⁶³ Para melhor explorar as opções eficazes de contribuições do setor privado para as emergências em matéria de saúde, a Organização Internacional de Empregadores iniciou discussões com organizações multilaterais e a comunidade empresarial sobre os desafios e as oportunidades na colaboração público-privada.⁶⁴

Fazer face às perdas de rendimento de quem trabalha no sistema de saúde

Ainda que o principal foco da atenção esteja na proteção e apoio a profissionais de saúde na linha da frente, a batalha contra a COVID-19 tem impacto em todos os agentes de saúde, nomeadamente a nível de quem trabalha como independente e nas empresas na área da saúde.⁶⁵

Muitas categorias profissionais no domínio dos cuidados e da saúde que estão agora na linha da frente na resposta ao surto e em risco de se infetarem, enquadram-se nestas situações. A falta de cobertura universal de prestações por doença foi, assim, identificada como o maior desafio ao sucesso das estratégias de contenção do vírus; em muitos países, foram adotadas medidas específicas para remediar esta situação.⁶⁶ A crise da COVID-19 está a revelar lacunas

57 OIT: *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services* (Genebra, 2017).

58 ILOSTAT: [COVID-19: Are there enough health workers?](#) [acedido em 9 de abril de 2020].

59 OMS: [State of the world's nursing 2020](#) (Genebra, 2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

60 OIT: *Note on the proceedings, Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms* (Genebra, 1999), *Conclusions*, para. 2.

61 "Private hospitals will be made public for duration of coronavirus pandemic", *the journal* ie, 24 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

62 A. Payne: "Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown", *in Business Insider*, 16 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

63 De acordo com várias reportagens dos meios de comunicação em jornais, televisão e rádio.

64 IOE: "Private sector contributions in health emergencies" (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

65 OIT: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Social protection spotlight, Departamento de Proteção Social da OIT (Genebra, a publicar).

66 OIT: "COVID 19 health crisis: the need for sickness benefit during sick leave and quarantine", Social protection spotlight, Departamento de Proteção Social da OIT (Genebra, a publicar).

de cobertura significativas, deixando profissionais de saúde e as pessoas cuidadoras que têm uma relação atípica de emprego, ou os que são independentes, sem proteção. A falta de segurança de rendimento quando se está doente ou a cuidar de membros da família doentes, cria uma motivação para ir trabalhar ainda que sentindo-se mal, aumentando também o risco de contágio. Aumenta também o risco de empobrecimento das pessoas afetadas pela doença e das suas famílias.⁶⁷

Deve também ser proporcionado a profissionais de saúde o acesso aos cuidados de saúde e compensação financeira no caso de se infetarem com COVID-19 durante o trabalho, seja ao abrigo de um seguro de acidentes de trabalho específico ou, não existindo esse regime de seguro, através de uma compensação direta das entidades empregadoras, em consonância com a Convenção (N.º 121) da OIT sobre as Prestações em caso de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, 1964.

Alguns governos, como os da Alemanha, Suíça, Itália e Espanha, apelaram aos sistemas de saúde para minimizar os contactos de pacientes com os serviços essenciais e para reagendar as visitas preventivas e de acompanhamento sempre que possível. Não obstante estas medidas visem reduzir o risco de transmissão e disponibilizar recursos no sistema de saúde, espera-se que tenham um impacto significativo no rendimento das práticas médicas e odontológicas, uma vez que o número de visitas de pacientes diminuiu significativamente, sendo que os custos operacionais correntes, como a renda e a energia para os dispositivos médicos se mantêm. Na Suíça, por exemplo, a associação dos médicos suíços está a esclarecer a possibilidade de compensação de trabalho a tempo reduzido para o pessoal médico afetado e tem por objetivo informar os seus membros sobre as opções em termos de compensação logo que possível.⁶⁸ Além das perdas de rendimento, estes/as profissionais estão a preparar-se para um aumento do volume de trabalho assim que as medidas de distanciamento físico forem revogadas e os sistemas de saúde voltarem ao normal.

Nos casos em que foi solicitado aos hospitais, como parte das estratégias de preparação nacionais, para libertar a capacidade dando alta a pacientes e atrasando as cirurgias de rotina agendadas, estes estão a enfrentar consideráveis perdas de rendimento. A Federação Alemã de Hospitais estimou que as perdas financeiras relacionadas ascendem a 3,7 mil milhões de euros e exprimiou a sua preocupação sobre a viabilidade

financeira de diversos hospitais. A Federação exortou o Ministério Federal de Saúde a cobrir os custos adicionais decorrentes das medidas de emergência, nomeadamente para o pessoal de saúde atual e futuro.⁶⁹

Colaboração Internacional

A escassez mundial e a distribuição desigual de profissionais de saúde qualificados constituem um dos maiores constrangimentos para responder ao surto de doenças inesperadas e facilmente transmissíveis, tal como a COVID-19.

À medida que a doença se continua a propagar, mesmo os sistemas de saúde com melhores recursos atingiram o ponto de rutura na resposta ao surto. A rápida escalada no número de casos em todo o mundo destaca a necessidade urgente de fortalecer os sistemas de saúde com menos recursos para responder ao surto de COVID-19. Tal significa fazer face aos desafios da força de trabalho no setor da saúde e melhorar as instalações de diagnóstico laboratorial, mecanismos de vigilância das doenças e estratégias de comunicação dos riscos.⁷⁰ Muitos países não conseguirão melhorar as suas capacidades de imediato. São, assim, necessárias ações globais para apoiar estes países na resposta a surtos de doenças e ainda mais além.

Na Europa, vários países estão a enfrentar desafios tremendos no que diz respeito à prestação de cuidados e ao tratamento de um número de pacientes hospitalizados sem precedentes. A presente situação originou uma onda de solidariedade considerável em países como a China, Cuba e a Federação Russa, que enviaram pessoal médico e equipamentos para países gravemente afetados, como a Itália, para dar apoio à resposta no terreno.⁷¹ Além disso, a colaboração transfronteiriça entre países está a intensificar-se. Nas regiões fronteiriças entre França e Alemanha, por exemplo, pacientes estão a ser transferidos dos hospitais franceses superlotados para instalações com capacidade na Alemanha, e a Suíça e a Alemanha estão a receber pacientes em cuidados intensivos de Itália.

Tudo isto salienta a necessidade vital de despesa pública adequada para criar sistemas de saúde fortes, resilientes e sólidos capazes de, acima de tudo, conferir acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade em geral, e que sejam providos de recursos suficientes para

67 *Ibid.*

68 *Das Virus macht auch Ärzte arbeitslos – warum ausgerechnet in Corona-Zeiten manche Mediziner wenig zu tun haben* [acedido em 9 de abril de 2020].

69 *DKG zur Behauptung des Ministers die Kliniken erhielten 7,8 Milliarden Euro zusätzlich 7,8 Milliarden Euro angebliche Zusatzfinanzierung der Kliniken hält einem Fakten-check nicht stand*, in *DKG Press*, 21 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

70 J. Hopmann et al.: *Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries*, *JAMA Network* (2020) [acedido em 9 de abril de 2020].

71 *Gemeinsam für Italien*, in *tagesschau.de*, 23 de março de 2020 [acedido em 9 de abril de 2020].

dar resposta a surtos inesperados de doenças como a pandemia da COVID-19.

Proteção social à saúde e financiamento dos cuidados de saúde⁷²

Para além de assegurar uma proteção social adequada a profissionais de saúde é, igualmente, essencial durante a crise da COVID-19 garantir o acesso a cuidados de saúde acessíveis a toda a população. A proteção social desempenha um papel fundamental para melhorar e evitar a própria crise sanitária.⁷³ Assim, em primeiro lugar, evitar o empobrecimento de indivíduos e agregados familiares como resultado direto da procura de cuidados e também incentivar comportamentos preventivos.

A proteção social da saúde proporciona uma abordagem centrada nos direitos para alcançar a cobertura universal dos cuidados de saúde, o que assegura a proteção social e o acesso efetivo a cuidados de saúde.⁷⁴ Os mecanismos de proteção social da saúde financiados coletivamente e por contribuição para a segurança social, impostos ou uma combinação de ambos, geram efeitos de redistribuição positivos e não transferem os riscos financeiros ou do mercado de trabalho para os indivíduos. Deste modo, a dimensão económica da procura de cuidados quando é necessário não constitui uma consideração que incentivaria o atraso ou a renúncia destes cuidados. No contexto de uma crise sanitária relacionada com uma doença transmissível, esta questão é particularmente relevante.

Na resposta à crise da COVID-19, muitos governos tomaram medidas para canalizar recursos orçamentais adicionais para os seus sistemas de saúde. O Governo do Reino Unido, por exemplo, atribuiu 6,1 mil milhões de dólares americanos no quadro do seu maior estímulo fiscal em 30 anos para apoiar o Serviço Nacional de Saúde.⁷⁵ Espanha alocou mil milhões de euros ao Ministério da Saúde, Itália forneceu 3,5 mil

milhões de euros para apoiar a luta contra a pandemia e a Alemanha implementou uma série de medidas financeiras para garantir o financiamento de hospitais, cuidados ambulatoriais e cuidados continuados para compensar os custos relacionados com a COVID-19.⁷⁶ Em alguns países, como Espanha, onde os cuidados de saúde são prestados por privados e quando os prestadores não estão, conseqüentemente, geralmente integrados na rede de regimes de proteção social à saúde, foram tomadas medidas para os integrar na resposta.⁷⁷ Isto ilustra a importância de um sistema de saúde coordenado onde a prestação pública desempenha o papel principal, que pode ser complementado por prestadores de serviços privados ao abrigo da regulamentação pública. Nos países onde os encargos financeiros do acesso aos cuidados de saúde recaem nas famílias ou são obtidos através de seguros privados voluntários, os governos tiveram de tomar medidas de saúde pública mais amplas para evitar dificuldades financeiras.

É necessária uma estrutura financeira sólida e bem concebida para proporcionar incentivos para que os prestadores de serviços de saúde cumpram os critérios para uma disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos cuidados de saúde, em consonância com os instrumentos de direitos humanos e as normas internacionais de segurança social⁷⁸ e para reforçar o sistema de saúde geral de um país. Isto exige uma estreita e eficaz coordenação entre as partes interessadas no financiamento, aquisição e prestação de serviços de saúde.

72 Esta secção é uma contribuição do Departamento de Proteção Social da OIT. Podem ser obtidas informações em: OIT: "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles", *Social protection spotlight*, Departamento de proteção Social da OIT (Genebra, a publicar) e OIT: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", *Social protection spotlight*, Departamento de Proteção Social da OIT (Genebra, a publicar).

73 OIT: "Social Protection Monitor: Social protection responses to the COVID-19 crisis around the world" *Social protection spotlight*, Departamento de Proteção Social da OIT (Genebra, a publicar).

74 OIT: "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles", *Social protection spotlight*, Departamento de Proteção Social da OIT (Genebra, 2020).

75 P. Russell: *Budget: Extra £5 Billion for the NHS to Combat COVID-19 (2020)* [acedido em 9 de abril de 2020].

76 [COVID-19 Response monitor](#) [acedido em 6 de abril de 2020]

77 OIT: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", *Social protection spotlight*, Departamento de proteção Social da OIT (Genebra, a publicar).

78 De acordo com a Recomendação (N.º 202), os patamares de proteção social definidos nacionalmente devem compreender o "acesso a um conjunto de bens e serviços, definido a nível nacional, composto por cuidados de saúde essenciais, incluindo os cuidados maternos, que cumpra os critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade" (Para. 4 (a)).

Caixa 3. Alcançar progressivamente a capacidade de resposta ao impacto: a resposta da China à crise

A capacidade da China responder a esta crise sanitária sem precedentes assenta firmemente em décadas de investimento no seu sistema de saúde e nos esforços específicos para alargar a cobertura da proteção social à saúde durante as últimas décadas, incluindo em resposta a crises sanitárias e económicas.

Face à COVID-19, o Governo chinês tomou medidas específicas de proteção social para lutar contra a crise. Estas incluíram a redução ou renúncia das obrigações no âmbito das contribuições para a segurança social até cinco meses para aliviar a pressão sobre os empregadores para pagar as contribuições.¹ O Governo empreendeu igualmente uma abordagem administrativa sensata que apoiou o distanciamento físico, implementando, por exemplo, consultas *online* para pessoas com doenças crónicas e comuns e facilitando a submissão eletrónica de pedidos de reembolso de despesas médicas.²

Que lições podemos retirar?

A avaliação da eficácia de qualquer resposta de um sistema de proteção social, em plena ou imediatamente após uma crise, corre o risco de ser prematura. O que fica claro, contudo, é que o alargamento progressivo da proteção social à saúde na China, permitiu um investimento significativo no sistema de cuidados de saúde e nas suas infraestruturas ao longo do tempo e apoiou o aumento da utilização dos serviços. A abordagem estratégica de um alargamento progressivo oferece uma importante lição e deixa alguma margem para replicação, ainda que em menor escala, inclusivamente em países de mais baixo rendimento com constrangimentos em termos de recursos.

A resposta coordenada dos sistemas de saúde e de proteção social contribuiu para o sucesso da China em “achatar” a “curva” da infeção.

¹ Isto traduzir-se-ia numa redução de 71 mil milhões de dólares americanos na cobrança de contribuições. Ver: [link](#) [acedido em 9 de abril de 2020].

² National Medical Insurance Bureau: *Online consultation for patients with common or chronic diseases during the epidemic can be reimbursed*, República Popular da China (RPC) [acedido em 9 de abril de 2020].

► 3. Ferramentas e respostas da OIT

Embora outras emergências de saúde pública, como os surtos de doença pelo vírus do Ébola e a síndrome respiratória aguda grave tenham demonstrado a eficácia do planeamento de emergência a curto prazo, a pandemia da COVID-19 está a demonstrar a necessidade de um investimento coordenado e sustentável no setor da saúde. Está a desafiar os pontos de vista tradicionais sobre os sistemas de saúde como uma carga para as economias nacionais que esgota os recursos, destacando a importância dos sistemas de saúde para o crescimento económico e o bem-estar da sociedade.

A crise da COVID-19 está a alertar para os já sobrecarregados sistemas de saúde públicos de muitos países e para os desafios enfrentados no recrutamento, mobilização, retenção e proteção de profissionais de saúde com as necessárias qualificações, que obtenham apoio e motivação. Isto enfatiza a forte necessidade

de investimentos sustentáveis em sistemas de saúde, incluindo na mão-de-obra da saúde, e de condições de trabalho dignas, assim como de equipamentos.

No seguimento da [Comissão de Alto Nível sobre o Emprego no Âmbito da Saúde e o Crescimento Económico](#), em 2017, a OIT uniu esforços com a OMS e a OCDE no estabelecimento do programa [Working for Health](#) e do Fundo Fiduciário de Multiparceiros. Este programa presta assistência a países e constituintes para o desenvolvimento de estratégias visando aumentar os investimentos na sua mão-de-obra no âmbito da saúde com base em melhores dados sobre o mercado de trabalho da saúde, no envolvimento de diversas partes interessadas e no diálogo social.

O diálogo social é essencial para a construção de sistemas de saúde resilientes e tem, assim, um papel vital na resposta à crise e na preparação para emergências.

A [Recomendação \(N.º 205\) para o Emprego e Trabalho Digno para a Paz e a Resiliência, 2017](#) contempla as situações de desastre semelhantes às que os países estão a enfrentar em consequência da COVID-19. A Recomendação fornece orientação detalhada aos constituintes sobre as ações que devem ser realizadas no domínio do emprego e do trabalho digno, tanto para prevenir como para recuperar de situações de crise, assim como para reforçar a resiliência. Sublinha a importância do diálogo social e o papel essencial das organizações de trabalhadores e de empregadores na resposta à crise.⁷⁹

A noção da participação das organizações de trabalhadores e de empregadores na formulação de políticas em matéria de saúde tinham já sido definidas na [Convenção \(N.º 149\) relativa ao Pessoal de Enfermagem, 1977](#), que estipula que: “[...] uma política de serviços e de pessoal de enfermagem que, no quadro de uma programação geral de saúde, [...] será elaborada em consulta com as organizações de empregadores e de trabalhadores interessadas [...]” e especifica que deve ser promovida “a participação do pessoal de enfermagem no planeamento dos serviços de enfermagem e a consulta desse pessoal sobre as decisões que lhe digam respeito” e “a determinação das condições de emprego e de trabalho far-se-á de preferência por meio de negociação entre as organizações de empregadores e de trabalhadores interessadas”.

Para abordar o problema de “fuga de cérebros” dos países em desenvolvimento, as considerações sobre o setor da saúde devem estar no cerne de quaisquer acordos de governação em matéria de migração laboral, das perspetivas de saúde pública e económica. Tanto para os países de origem como de destino, as estruturas de migração justas e o diálogo sobre acordos bilaterais sensíveis ao género e baseados nos direitos podem proporcionar outros caminhos a explorar.

Os direitos e a proteção no trabalho, assim como as medidas de segurança social, são vitais para prestar cuidados de saúde de qualidade e assegurar proteção a profissionais de saúde, às suas famílias e à população em geral durante e depois desta pandemia. Os/As profissionais de saúde, tal como outros grupos profissionais, necessitam de ser abrangidos

por regulamentações que protejam a sua saúde e segurança, que forneçam uma compensação financeira adequada em caso de perda de rendimento e que cubram os custos dos tratamentos médicos em caso de doença.⁸⁰

Para assegurar as normas, a qualidade e o alinhamento com os objetivos públicos depois do surto da COVID-19, devem ser aplicadas as normas internacionais do trabalho pertinentes.

Instrumentos da OIT relevantes para profissionais de saúde

- [ILO Guidelines on decent work in public emergency services \(2018\)](#)
- [WHO-ILO Guidelines on occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders \(2018\)](#)
- [ILO WASH@Work \(2016\)](#)
- [ILO- WHO HealthWISE - Work Improvement in Health Services \(2014\)](#)
- [ILO-ICN-WHO-PSI Framework guidelines for addressing work-place violence in the health sector \(2005\)](#)
- [ILO Guidelines on occupational safety and health management systems \(2001\)](#)

⁷⁹ COVID-19 and R205: what role for workers organizations? (Genebra, 2020).

⁸⁰ ILO Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services (Genebra, 2017).

► Anexos. Convenções e Recomendações da OIT

Convenções e Recomendações da OIT relevantes para o setor da saúde

- [Convenção \(N.º 87\) sobre a Liberdade Sindical e a Proteção do Direito Sindical](#), 1948
- [Convenção \(N.º 98\) sobre o Direito de Organização e Negociação Coletiva](#), 1949
- [Convenção \(N.º 100\) sobre a Igualdade de Remuneração](#), 1951
- [Convenção \(N.º 111\) sobre a Discriminação \(Emprego e Profissão\)](#), 1958
- [Convenção \(N.º 149\) relativa ao Pessoal de Enfermagem](#), 1977
- [Recomendação \(N.º 157\) relativa ao Pessoal de Enfermagem](#), 1977
- [Convenção \(N.º 151\) relativa às Relações de Trabalho na Função Pública](#), 1978
- [Convenção \(N.º 155\) sobre Segurança e Saúde no Trabalho](#), 1981
- [Convenção \(N.º 187\) sobre o Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho](#), 2006
- [Convenção \(N.º 190\) sobre Violência e Assédio](#), 2019
- [Recomendação \(N.º 206\) sobre Violência e Assédio](#), 2019

Normas internacionais do trabalho sobre a proteção social

- [Recomendação \(N.º 69\) sobre a Assistência Médica](#), 1944
- [Convenção \(N.º 102\) relativa à Segurança Social \(Norma Mínima\)](#), 1952
- [Convenção \(N.º 121\) sobre Prestações em caso de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais](#), 1964
- [Convenção \(N.º 130\) sobre Cuidados Médicos e Prestações por Doença](#), 1969
- [Recomendação \(N.º 134\) sobre Cuidados Médicos e Prestações por Doença](#), 1969